Lane Medical Library

Die Acne varioliformis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt einer

Hohen Medicinischen Fakultät zu Leipzig

und von derselben zum Druck genehmigt

am 7. Mai 1898.

Von

I. Karlewski,

prakt. Arzt.

NAUMBURG a. S.

Druck von H. Sieling.

1898.

Die Acne varioliformis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt einer

Hohen Medicinischen Fakultät zu Leipzig

und von derselben zum Druck genehmigt

am 7. Mai 1898.

Von

I. Karlewski,
prakt. Arzt.

NAUMBURG a. S.
Druck von H. Sieling.
1898.

Die Acne varioliformis.

Kaum aufgeklärt in ihrem Wesen und in der Litteratur wenig berücksichtigt ist die Acne varioliformis, eine Hautkrankheit, die häufiger, als man annimmt, dem Arzte begegnet.

Sie ist, wie schon der Name sagt, eine besondere Art der gewöhnlichen Acne, einer durch Sekretanhäufung und mechanischen Verschluss der Talgdrüsen-Ausführungsgänge hervorgerufenen Entzündung des Haarbalges und seiner nächsten Umgebung, und hat, wie der Zusatz varioliformis andeutet, einige Aehnlichkeit mit den Erscheinungen, die die Variola vera auf der Haut hervorruft.

Der Name begegnet uns zuerst bei französischen Dermatologen und vor allem bei Bazin, der mit Unrecht die heutzutage als Molluscum contagiosum seu Epithelisma mollusum genannte Hauterkrankung so benennt, obwohl sie nicht im entferntesten Ähnlichkeit zeigt oder verwandt ist mit der einfachen Acne und fast ebensowenig mit der Variola zu vergleichen ist. Es war Hebra, der den Namen Acne varioliformis auf die jetzt so benannte Erkrankung anwandte und zwar sagte er in dem mit Kaposi herausgegebenen Lehrbuche: „Bazin hat mit dem Namen Acne varioliformis ein anderes Leiden bezeichnet, nämlich jene warzenartigen Protuberanzen, welche von anderen (Ribbentrop) als Comedonenscheiben oder als Molluscum contagiosum aufgefasst werden. Da jedoch nach Gustaf Retzius in Stockholm diese Gebilde nicht mehr als Krankheiten der Talgdrüsen angesehen werden, so entfällt für dieselben überhaupt der Name Acne und ich glaube, dass derselbe mit dem Beinamen Acne varioliformis zweckmässiger für die in Rede stehende Krankheit zu verwenden wäre.“ Damit war der Name Acne varioliformis seiner eigent-

lichen Bedeutung, d. h. dem pathologisch-anatomischen Bilde, wie es das Mikroskop uns zeigt, nach festgelegt. Hebra selbst blieb jedoch nicht bei der Bezeichnung varioliformis, sondern meinte (in demselben Buche): „Dieser Form der Acne, welche eine grosse Ähnlichkeit mit den bei Blattern und Syphilis vorkommenden Efflorescenzen zeigt, entspricht am meisten die von Bazin gegebene Bezeichnung Acne varioliformis. Man könnte dieselbe auch wegen ihres ausschliesslichen Sitzes auf der Stirnhaut mit dem Namen der Acne frontalis belegen.“ Die Berechtigung dieses Namens, der in keiner Weise Wesen und Form wie der andere, noch auch die Localisation wirklich kennzeichnet, wenn auch zugestanden werden muss, dass die Stirn in den meisten Fällen ergriffen und in vielen der Ausgangspunkt ist, war eine geringe und so tauchten in kurzer Zeit andere Benennungen auf, die mehr oder weniger bestehen blieben. Die von L. Duncan Buckley gewählte Bezeichnung Acne atrophica seu Lupoid Acne (Journal of cutan and veneral diseases Vol. I, Neu-York 1883, p. 20) trifft so garnicht das Wesen des Prozesses, dass sie entschieden zu verwerfen ist. In seiner Abhandlung über die Acne frontalis seu necrotica (Acne pilaris — Bazin, im Archiv für Dermatologie und Syphilis. Jahrgang 1889, pag. 43) sagt C. Boeck: „Es muss somit, wenn diese Erkrankung als „Acne atrophica or Lupoid Acne“ bezeichnet worden ist, eine solche Bezeichnung als eine sehr wenig entsprechende und geradezu irreführende bezeichnet werden. Es handelt sich hier, wie gesagt, nicht um Atrophie, sondern um Nekrose der Haut und auch der Ausdruck „Lupoid Acne“ ist ein ziemlich unglücklich gewählter und leicht zu Confusionen führender. Freilich führen sowohl Lupus wie diese Krankheiten alle beide zu Substanzverlusten, aber doch auf weit verschiedenen Wegen, und dazu kommt noch, dass von französischen Verfassern, wie Chausit und Bazin, schon früher ganz andere Affectionen als Acne atrophique und Lupus acneïque bezeichnet worden sind. Um dagegen sogleich bei Benennung der Krankheit an den wahren und wesentlichen Charakter und an den bisher, wie es scheint, übersehenen, aber constanten Ausgang des Prozesses zu erinnern, habe ich mir also erlaubt vorzuschlagen, dass man die Krankheit als Acne frontalis seu necrotica bezeichnen sollte.“ Dieses neue und sehr bezeichnende Beiwort necrotica nimmt auch

Touton in seinem Vortrag: „Beitrag zur Lehre der Acne necrotica“ an und wie später zu zeigen mit Recht. Der Name Acne varioliformis, den Boeck nicht gelten lassen will, weil Bazin ihn für die Mollusca contagiosa gebrauchte, und so eine Verwechslung entstehen könnte, scheint mir das makroskopische Bild des Prozesses, wie es sich in der Blüthe der Eruptionen wie nach deren Abheilen bietet, sehr prägnant zu bezeichnen und ich habe ihn daher beibehalten, zumal in den von mir gesehenen Fällen die nekrotischen Prozesse nicht so wie in Boeck's Fall hervortraten.

Die ursprünglich als Acne frontalis oder varioliformis von Hebra beschriebene Erscheinung hat in der Folgezeit durch die vorhererwähnten Veröffentlichungen von Boeck und Touton eine wesentliche Erweiterung erfahren, und auch die Fälle, von denen Pick berichtet (Zur Kenntnis der Acne frontalis seu varioliformis (Hebra). Acne frontalis necrotica (Boeck) Archiv für Dermatologie und Syphilis Jahrgang 89, pag. 551) zeigen, dass es zwei Formen derselben Krankheit giebt, die im Wesen des Prozesses gleich, in der Schwere der Erscheinungen, der Grösse der Ausbreitung und der Dauer der ganzen Erkrankung verschieden sind, so dass man wohl eine schwere und eine leichte Form unterscheiden kann, bei denen die nekrotischen oder die entzündlichen Erscheinungen überwiegen. Im allgemeinen stimmen Pick, Boeck und Touton darin überein, ersterer mit einem gewissen Vorbehalt, dass es sich um dieselbe Krankheit in beiden Fällen handelt. Pick sagt darüber: Inwiefern diese beiden Krankheitsformen nahe verwandte oder zusammengehörige Prozesse darbieten, werden erst weitere Beobachtungen lehren. Boeck meint, dass beide auf derselben Basis bestehen, und dass die schwerere Form nur einen excressiven Fall darstellt, Touton, dass in den Fällen, in denen die Acne varioliformis leicht auftritt, die entzündlichen, in den schweren die nekrotischen Erscheinungen überwiegen. Diesen Autoren schliesst sich Kaposi an, der ebenfalls die Acne necrotica als im wesentlichen zur Acne varioliformis gehörend betrachtet.

Der klinische Verlauf, den uns die Acne varioliformis zeigt, ist folgender. An der Stirn und anderen später zu erwähnenden Körperstellen treten schubweise kleine, rote, derbe Knötchen auf, die unregelmässig über die Haut verstreut sind. Diese Knötchen vergrössern sich bis zur Hanfkorngrösse und darüber. An den

grössten von ihnen soll man eine als diagnostisch sehr wichtiges Merkmal von Boeck hervorgehobene Erscheinung beobachten können, das Auftreten kleinster staubförmiger hämorrhagischer Pünktchen, die zusammen einen kleinen, schwachmarkierten, violettroten Fleck bilden, was jedoch weder Touton noch Pick und Bronson mit Fordyce gelungen ist, ebensowenig wie in den in der Poliklinik des Herrn Dr. Max Joseph zu Berlin beobachteten Fällen der letzten Zeit. Dies ist das erste Stadium, das der Entwickelung der Eruption. Im zweiten sinkt allmählich die Spitze des Knötchens ein, es bildet sich eine Delle ähnlich dem Pockennabel, und gleichzeitig weicht die intensiv violettrote Farbe einer mehr bräunlichroten. Das Einsinken der Spitze schreitet allmählich weiter fort, bis schliesslich die ganze erkrankte Hautpartie unter das Niveau der normalen Haut herabgesunken und wie eine scharfbegrenzte, zirkelrunde, harte Scheibe von bräunlichroter oder zuletzt vollständig brauner Farbe in die Umgebung eingelagert ist. Die Oberfläche ist hart, pergamentartig, scharf gegen die Umgebung abgesetzt, aber obwohl abgestorben ist der Schorf dennoch mit seiner Unterlage fest verbunden, so dass es nur mit Mühe gelingt, kleine Stückchen davon abzureissen. Jegliche Sensibilität ist in dem so veränderten Gewebe erloschen. Bei ungestörtem Krankheitsverlauf, d. h. ohne Anwendung erweichender Mittel, trocknet die lederartig veränderte abgestorbene Hautpartie immer mehr ein und beginnt, sich allmählich vom Rande her von der umgebenden und darunterliegenden Haut zu lösen, während gleichzeitig eine Überhäutung des Substanzverlustes vor sich geht, so dass nach Abstossung des nekrotischen Stückes ein fast völlig überhäuteter Substanzverlust vor unseren Augen liegt. Dieser bildet eine schüsselförmige Vertiefung in der Haut, die allmählich ihre intensiv rote Farbe verliert, sich etwas abflacht und schliesslich als ein der Pockennarbe ungemein ähnliches Gebilde eine dauernde Verunstaltung der Haut darstellt.

Wie später bei Erwähnung des pathologisch-anatomischen Prozesses zu begründen, handelt es sich um eine entzündliche Schwellung der Haut in der Peripherie eines Haarbalges, dieses selbst und, wie Touton meint, auch anderer gefässreicher Hautstellen, der dann Nekrose und Abstossung der so veränderten Hautpartie folgt.

Diese Knötcheneruptionen können sich von der Stirn als dem Lieblingssitz ausgehend ausbreiten über den behaarten Kopf, den Nacken, den Rücken, das Gesicht, die Brust, und die Extremitäten wie in dem von Bronson und Fordyce beschriebenen Fall. Im allgemeinen ist der Nabel etwa die Grenze, über die die Erkrankung nicht hinausgeht.

Von subjektiven oder Allgemeinerscheinungen kann man nur insofern sprechen als ein den Patienten belästigendes Hautjucken besteht und bei einer Lokalisation der Erscheinung auf dem Kopfe Schmerzen beim Kämmen.

Die eigentliche Papel und der nekrotische Schorf vergrössern sich durch Schwellung resp. Nekrose peripherer Partieen, was man bei schwacher Vergrösserung deutlich an abgefallenen Schorfen erkennen kann. Die ganze Erkrankung zeichnet sich dadurch aus, dass sie ungemein leicht recidiviert, und dass die neuen Eruptionen vielfach in den alten Narben wieder auftreten. Meist breiten sie sich von der Stirn nach abwärts aus. Eben der häufigen Recidive wegen ist daher in keiner Weise eine sichere Prognose zu stellen und eine Heilung nur von der Zeit zu erwarten, die Erkrankung somit als eine der langwierigsten anzusehn. Der von Boeck behandelte Patient zum Beispiel schien nach einer Zeit von etwa $^3/_4$ Jahren völlig geheilt. Ein Vierteljahr später brachen jedoch von neuem Eruptionen hervor. Ebenso ging es in dem von Touton beobachteten Falle.

Welcher Art, so werden wir uns fragen, ist denn das Wesen dieser Erkrankung, was muss man als ihre Ursache ansehn?

In kurzem will ich zuerst die Veränderungen anführen, die die Haut erleidet, und dann die Mutmassungen erwähnen, die sich an die aus Schnitten ganzer Eruptionen wie einzelner Schorfe gewonnenen Beobachtungen schlossen. Wiederum sind es Boeck und Touton, denen wir es zu danken haben, dass in etwas die mikroskopisch sichtbaren Veränderungen beschrieben und gewisse Anhaltspunkte zur Erklärung des ganzen Krankheitsmechanismus gegeben sind.

Beide, und mit ihnen Pick, stimmen darin überein, dass es sich bei Bildung der eigentümlichen kreisrunden Schorfe um eine Nekrose und zwar um Mumification erkrankter Hautpartieen handelt. Diese Nekrose ist ein Absterben des Gewebes mit fast völliger Erhaltung der Struktur im Gegensatz zu dem

Schwund, der Atrophie. Es ist auch gelungen in den abgestossenen Schorfen noch deutlich die zusammensetzenden Gewebsteile zu erkennen. Nach Entfernung des Fettes mit Alkohol und Äther zeigten sich die Schorfe bestehend aus concentrischen Ringen, ein Beweis für das stossweise Umsichgreifen des Prozesses. Die Gefässe — deutlich erkennbar — zeigten sich erweitert und mit Blut strotzend gefüllt, ebenso unterschied man gut die kleinen punktförmigen Blutergüsse. Die Zellkerne, noch gut erhalten, färbten sich mit Boraxmethylenblau sehr schön, ebenso eine ganze Reihe eingewanderter Bakterieen. Gänzlich normal und unverändert präsentierte sich dem Auge das elastische Gewebe der Cutis, welchem Umstande wohl die ausserordentliche Festigkeit der Schorfe zuzuschreiben ist. Die Färbung gelang sehr gut mit Carbolfuchsin durch nachherige Behandlung während einiger Minuten mit dünner Pikrinsäurelösung, Auswaschen in Alkohol, Entfärben in zwanzigprocentiger Kalilösung und schliesslichem Einbringen in Pikrinsäurelösung, wodurch die Schnitte teilweise die Farbe wiedergewannen.

Die genauere Untersuchung von Schorfschnitten ergab folgendes:

Die Epidermis und namentlich die äussere Wurzelscheide der Haare war sehr hyperplastisch, die Talgdrüsen, im Gegensatz zu der einfachen Acne, nicht besonders stark entwickelt. Die Retezellen und ihre Kerne konnte man kaum mehr erkennen. Oberhautgrenze, Papillen und intrapazilläre Retezapfen waren unverändert. Im übrigen liess sich an den Papillen kaum ihre innere Struktur erkennen, wohl aber die äussere Form und die im Inneren befindlichen, prallgefüllten, stark erweiterten Capillaren. Auch hier zeigten sich kleine Blutextravasate und ausserdem reichlich färbbare Kerne. Im Stratum reticulare imponierten vor allem die von einer eigentümlich hyalin aussehenden Masse umgebenen prallgefüllten Gefässe. Diese Masse fasst Boeck als „entzündliches aber durch den nekrotischen Prozess metamorphosiertes Exsudat“ auf. In ihm waren eingebettet eine Menge stäbchen- und körnchenförmiger Bakterieen. Die Gefässe zeigten sich namentlich in der Umgebung der Wurzelscheiden stark erweitert und an solchen Stellen in besonderer Mächtigkeit die hyalin aussehenden Massen. In den tiefsten Schichten des in den grösseren Schorfen gänzlich mumificierten Stratum reticulare

waren sogar noch gut erhaltene Bindegewebsfasern erkennbar, nur sahen sie eigentümlich starr aus.

Als tiefste Schichten liessen sich eine starke Schicht Granulationsgewebe, das anfangs zur Abstossung bestimmt selbst nekrotisch geworden, und eine gut färbbare Epidermisschicht erkennen, die von den Rändern des Substanzverlustes unter den Schorf gewachsen war.

Touton stimmt soweit in seinen Untersuchungen an excidirten Stücken mit Boeck überein. Er will nur an Stellen, an denen die kleinzellige Infiltration nicht die genauere Differenzierung des Gewebes hindert, eine starke Verdickung der Gefässwände gesehen haben, ein Umstand, auf den seine ätiologischen Mutmassungen sich ganz besonders stützen. Die Mikroorganismen, die er ebenfalls beobachtete, während sie Fordyce[1]) in Broncon's[2]) Fall nicht fand, färbten sich in den von ihm mit Mueller'scher Flüssigkeit behandelten Objecten sehr gut nach Gram, Loeffler, mit Vesuvin, Saffranin, Haematoxylin.

Es fanden sich

1. am häufigsten ein in den oberen Schorf- und den angrenzenden Epithellagen in Klumpen angeordneter 0,6 μ grosser Staphylococcus;
2. ein Tetradencoccus im Centrum der oberen Schorfpartieen. Eine Tetrade 1,4 μ im Quadrat, der Einzelcoccus 0,8 μ. Seltener wie der erste;
3. in einem an der Peripherie des Schorfes gelegenen Haarbalg und in der Haarsubstanz ein kurzer plumper 1,05 μ langer, 0,35 μ dicker Bacillus;
4. ebendaselbst jedoch in den tieferen Teilen ein 1,75 bis 2,1 μ langer, 0,35 μ dicker Bacillus mit 2 bis 3 länglichen Anschwellungen.

Beide letzteren zu zweien oder in Ketten geordnet. Boeck hat ausserdem einen ganz kleinen Streptococcus gefunden, der Glöamassen bildend besonders tief in dem Haarfollikel um das Haar herum auftrat.

---

[1]) Microscopie examination in Br. Broncon's case of acne varioliformis of extrimities.

[2]) Notes on certain puctular discases attended with atrophy ibidem. Journ. of cutan. and gen.-urin. dis 1891, pag. 128, 221.

Nach den eben erwähnten mikroskopischen Bildern hätte man es daher mit einer an dem Haarbalg, oder, wie Touton meint, auch an sonstigen gefässreichen Partieen der Haut, auftretenden entzündlichen Schwellung mit zelliger Infiltration zu thun. Infolge der Entzündung und des dadurch bedingten schärferen Blutzuflusses entwickelt sich Erweiterung der Gefässe, Blutverlangsamung, Blutstase und infolge schlechter Ernährung Nekrose, die mit Abstossung der erkrankten Partieen und Narbenbildung endet. Es fragt sich nun, welcher Art das Nocens ist, das die ganzen Erscheinungen hervorruft.

Wie im vorhergehenden erwähnt, sind von Boeck und Touton zwei Ansichten aufgestellt, die ganz verschieden ätiologische Momente aufstellen. Wie bei der gewöhnlichen Acne können wir sagen, wie die von Boeck, Pick und Touton erwähnten Fälle und eigene Beobachtungen bestätigen, dass die Acne varioliformis erst mit oder nach der Geschlechtsreife auftritt, dass also mit diesem Entwickelungsstadium erst die Disposition des Individuums zu der genannten Hauterkrankung gegeben ist.

Wie oben gesagt, fand Boeck unter einer Reihe anderer Bakterien auch einen ganz kleinen Streptococcus, der in den tiefsten Schichten des Haarfollikels lokalisiert ist, von denen nach seiner Beobachtung der krankhafte Prozess seinen Ausgang nimmt. In seiner Abhandlung sagt er darüber, nachdem er die in grossen Mengen in den oberen nekrotischen Schichten aufgefundenen Bakterienformen als secundär ausgeschlossen hat: „Eher könnte man sich denken, dass den tief unten in den Haarfollikeln — von denen aus ganz deutlich der ganze krankhafte Process seinen Ursprung nimmt — auftretenden Bakterienformen möglicherweise eine ätiologische Bedeutung beizumessen wäre, obschon auch diess mehr wie zweifelhaft ist.“ Er meint am Schluss seiner Abhandlung, dass ganz gut mit dem Charakter einer Eruptionskrankheit auf constitutioneller Basis der Totalverlauf der Krankheit mit seiner oft zehnjährigen Dauer und den sich häufig wiederholenden Ausbrüchen übereinstimme, eine Ansicht, die durch das Auftreten der Recidive in alten Narben nicht entkräftet werde, da dasselbe bei Syphilis in den Spätstadien ebenfalls beobachtet werde. Symmetrisches Auftreten oder eine besondere Gruppierung, die auf das Mitwirken gewisser

Nervencentren oder Äste hinweisen könnte, zeigt die Krankheit nicht.

Gegen Boecks Ansicht wendet sich Touton, dem besseres Material durch Excision von frischen Effloreszenzen zur Seite stand, und meint, dass sie deshalb nicht richtig sei, weil in den Schnitten aus den allerersten Stadien gerade dort, wo der Prozess beginnt, sich keine Bakterien finden. Die Brutstätte der drei oder vier verschiedenen Bakteriensorten seien die obersten Schichten des Schorfes und ihr Hinzutreten daher als etwas secundäres aufzufassen, obwohl sich auch denken lasse, dass in die Umgebung diffundierte Stoffwechselprodukte der Mikroben nicht an deren Sitz, sondern an einem entfernteren Punkte in Wirkung träten. Er erwähnt allerdings nicht den von Boeck in der Tiefe der Haarbälge gefundenen kleinen Streptococcus. Für weit ungezwungener hält er seine Erklärung des Prozesses. Er nimmt in Analogie mit der Jod- und Bromakne den Alkohol als Nocens an. Er sagt: „Eine Anzahl der von mir beobachteten Fälle — im ganzen vier mit über Rumpf und Extremitäten verbreiteter Localisation und ebensoviel auf das Gesicht localisirte — betreffen mehr oder weniger dem Alkoholgenuss ergebene Personen mit dilatierten Blutgefässen im Gesicht. Der Fall, von dem das vorliegende Material stammt, genoss excessive Mengen der stärksten Spirituosen, im Durchschnitt pro Tag 100—200 Gramm reinen Alkohol. Es würde sich dann um eine durch den Alkohol resp. dessen Zersetzungprodukte veranlasste primäre Gefässläsion handeln (cf. die Wandverdickungen bei den noch weniger infiltrierten Gefässen), welche zu starker Entzündung führt. Die reichlich vorhandenen Mikroorganismen könnten dann immerhin der Grund sein, warum diese mit Blutstase und Extravasation einhergehende Entzündung ihren raschen Ausgang in Nekrose nimmt.“ Weiterhin heisst es dann: „Ich muss jedoch gestehen, dass ich auch Fälle kenne, in denen kein Alkoholismus vorliegt.“ Auch in den fünf von mir beobachteten Fällen handelt es sich um Personen, bei denen von einem excessiven Alkoholgenuss keine Rede ist. „Ein Analogon vom Blute auf der Haut producierter Nekrosen finden wir beim Diabetes,“ sagt derselbe Autor an anderer Stelle, „und es liesse sich ja denken, dass es sich bei der Acne varioliformis um eine solche allgemeine Stoffwechselerkrankung handelt.“ Die übrigen Autoren, die die Frage der

Ätiologie berührt haben, nennen die Erkrankung einen unaufgeklärten Prozess, so Lesser, Hebra und Kaposi, Wolf und andere. Man muss also vorläufig das krankheitserregende Moment als nicht gefunden betrachten und mit den letztgenannten Dermatologen die Ätiologie als unbekannt bezeichnen.

Das Bild, das uns die Acne varioliformis bietet, hat, wie schon der Name sagt, einige Ähnlichkeit mit den Erscheinungen, die die Variola vera, und die Varioloïs in geringerem Grade, auf der Haut hervorruft respective hinterlässt, ohne dass man ernstlich eine Verwechselung beider Erkrankungen befürchten kann. Ganz abgesehen davon, dass die anfänglich auftretenden roten Fleckchen und Stibbchen, wie Struempell sie nennt, bei der Acne varioliformis — dort treten gleich Knötchen auf, — ebenso wie die Eiterbildung fehlen — die Pustel der Acne necrotica mit ihrer gelblich weissen Farbe könnte, wenn die derbe Consistenz nicht wäre, vielleicht Eiterbildung bei oberflächlicher Betrachtung vortäuschen —, dass die Consistenz der Pockenpustel sammetweich ist im Gegensatz zu der derben der Acneeruption; begleiten die Pockenerkrankung so heftige Allgemeinerscheinungen, hohes Fieber, Schleimhauterkrankungen, die auch der Varioloïs nicht fehlen, dass diese allein von vornherein eine Verwechselung ausschliessen. Anders ist es dagegen mit den Veränderungen, die beide Erkrankungen auf der Haut hinterlassen. Beide können dasselbe Bild bieten der unregelmässig verstreuten, schüsselförmigen, stark entstellenden Narben, die in Form, Grösse und Tiefe bei schweren Fällen der Acne varioliformis einander so ähnlich sehen, dass man selbst bei eingehender Betrachtung der Haut keinen Unterschied wahrnehmen kann und erst anamnestisch die Diagnose sicher stellen muss.

Schwieriger ist in vielen Fällen die Unterscheidung der Acne varioliformis von papulösen Epanthemen der Syphilis, die zu verschiedenen Zeiten nach der Infection in den verschiedensten Stadien auftreten können und eine so ausserordentliche Ähnlichkeit, ja ich möchte sagen täuschende Gleichheit mit den Erscheinungen der vorgenannten Krankheit aufweisen, dass die Diagnose auf den ersten Blick schwer wenn nicht unmöglich wird. Diese Bildungen sind ausserordentlich anschaulich beschrieben in einer kleinen Broschüre von A. H. Ohmann-Dumesnil (Professor of Dermatology and Syphiology in the Marion-Sims

College of Medicine. — St. Louis), betitelt „The varioliform syphilide“. Der Verfasser teilt dort 2 Fälle mit und giebt deren Bilder, die eine so ausserordentliche Ähnlichkeit mit dem Bilde der Acne varioliformis aufweisen, dass man glaubt Abbildungen für diese vor sich zu haben Als wichtigstes differentiell diagnostisches Kennzeichen ist stets zu verwerthen, dass die syphilitische Erkrankung im Gegensatz zur Acne universell auftritt und viel acuter und gleichmässiger, nicht in einzelnen Schüben, fast immer von Nebenerscheinungen begleitet ist, und im Spätstadium grössere geschwürige Zerstörungen zur Folge hat. Von grösster Wichtigkeit wird in jedem Falle der Nachweis eines abgeheilten Primäraffectes sein. Was ferner den syphilitischen Ausschlag kennzeichnet, ist, dass er im Entstehen eine für das betreffende Individuum ziemlich indifferente Erscheinung darstellt, die keinerlei subjective Beschwerden macht, während ein stets vorhandenes Jucken die Eruption der Acne varioliformis begleitet. In Grösse, Form, Localisation sind beide Erscheinungen gleich. Wenn also alle begleitenden Erscheinungen bei der syphilitischen Affection ausser dem Hautausschlag fehlen, kann oftmals erst eine erfolgreiche antisyphilitische Kur die Diagnose sicher stellen.

Am schwierigsten wird im allgemeinen die Unterscheidung von der Acne indurata sein.

Mikroskopisch kann man ja leicht durch die colossale Anhäufung von Sekret in der dilatierten Talgdrüse, durch den vorhandenen Verschluss mit Staub und Schmutz die Erscheinung deutlich trennen von dem Bilde der Acne varioliformis, indem die strotzend gefüllten Gefässe mit zum Theil verdickten Wänden, die massige zellige Infiltration und die an gefärbten Präparaten deutlich erkennbaren zahlreichen Bacterien imponiren, ganz abgesehen davon, dass die necrotischen Schorfe und die in keiner Weise oder wenig veränderten Talgdrüsen in jedem Falle eine solche Diagnose sichern würden. Aber auch so wird man in den meisten Fällen bei genauerer Betrachtung makroskopisch Unterschiede erkennen können, die mit einiger Sicherheit beide Erkrankuugen, die hin und wieder gemischt vorkommen, auseinanderhalten.

Bei der einfachen Acne findet man vom Comedo bis zur abgeheilten oder vernarbten Pustel alle Entwickelungsstadien und Formen der Eruption bei demselben Individuum. Ein in diffe-

rentiell diagnostischer Hinsicht wichtiges Merkmal wird die centrale Eiterbildung bei der einfachen Acnepustel sein, die sich als im Mittelpunkte der Eruption liegender gelber Punkt erkennen und wenn nicht äusserlich sichtbar durch einen Einschnitt zu Tage fördern lässt. Eiterbildung kommt dagegen bei der pockenartigen Acne eigentlich nie vor, ausser vielleicht in Folge bacterieller Einwirkung in der Peripherie der Schorfe. Die necrotischen braunrothen Schorfe mit ihrer eigenthümlichen Lage unter dem Niveau der normalen Haut, ihrer typischen kreisrunden Form und, falls sie sichtbar sind, die centralen kleinen Hämorrhagieen in der Mitte der Knötchen, werden zur Unterscheidung heranzuziehen sein. Ebenso ob medicamentös Jod oder Brom gebraucht ist, ist wichtig, zu erfragen. Die Narben und Schorfe bei der Acne vulgaris pflegen nie so schön kreisrund zu sein, auch zeigen die Acnepusteln nie die pockenähnliche Delle.

Dass es nicht unwichtig ist über die Acne varioliformis orientiert zu sein, mag eine Statistik aus den mir gütigst zur Verfügung gestellten Büchern der Poliklinik des Herrn Dr. Max Joseph zu Berlin zahlenmässig beweisen. Aus dieser ergab sich für das Jahr 1896 auf eine Gesamtzahl von 2150 Hautkranken eine Teilzahl von 42 Fällen von Acne varioliformis, d. h. circa 2 Prozent aller Fälle gehörten dieser Erkrankung an. Dieselben prozentualischen Verhältnisse zeigte das folgende Jahr 1897 mit 2304 Kranken, von denen 45 mit der genannten Hauterkrankung behaftet waren. Das Verhältnis der pockenartigen Acne zu anderen Formen war in demselben Jahre so, dass 163 Fälle von Acne vulgaris, 49 inveteratae, 44 rosaceae, 1 seborrhoïcae, 1 pustulosae, 1 necroticae auf 45 varioliformis kamen. Immerhin beweist diese Statistik, dass ein beachtenswerter Prozentsatz der Hautkranken mit Acne varioliformis behaftet ist, und dass die gewöhnliche Acne nicht einmal viermal häufiger vorkommt.

Zum Schluss möchte ich die Beschreibung einiger Fälle, die ich in der vorhergenannten Poliklinik sah, anfügen als Beispiele für die milde Form der Erkrankung gegenüber den schweren, die Boeck und Touton anführen.

1. Theodor Bartsch, 45 Jahre alt. Eltern und Geschwister leben und sind gesund. Er hat selbst vor 15 Jahren Syphilis

gehabt, vor 4 Jahren Tripper. Sein Gesundheitszustand ist seither immer ein guter gewesen, wie er angiebt. Anfang Dezember 1897 traten bei ihm unter Jucken eine Menge kleiner Pickel auf der Stirn auf, die sich vermehrten, so dass er aus Furcht, irgend eine Späterscheinung der Syphilis zu haben, am 8. I. 98 nach der Klinik kam. Er giebt an, weder stark geraucht, noch scharf getrunken, noch sehr würzige Speisen gegessen zu haben, noch in letzter Zeit unter ungünstigen Lebensbedingungen gelebt zu haben.

Gut genährter, mittelgrosser Mann mit starkem Fettpolster, guter Muskulatur, gutem Knochenbau und gesunder Gesichtsfarbe. Die inneren Organe zeigen krankhafte Veränderungen ebensowenig wie der Urin. Die Haut ist etwas dunkel gefärbt, es lassen sich auf ihr geringe Eruptionen der einfachen Acne auf Schultern und Rücken bemerken. Die Stirn ist rechts bis zur Mitte mit stecknadelkopf- bis linsengrossen, erhabenen, derben, dunkelroten Knötchen besetzt. Zwischen diesen stehen eine Reihe mit einem roten, schmalen, wenige mm breiten Wall umgebene unter das Niveau der normalen Haut gesunkene, braunrote, zirkelrunde, etwa linsengrosse, festanhaftende Schorfe. Vereinzelt zwischen den Knötchen bemerkt man einige wenige schüsselförmige, wenige Millimeter tiefe, linsengrosse Narben, die, zum Teil noch intensiv rot, erkennen lassen, dass vor kurzem hier einige der vorerwähnten Schorfe abgestossen sind.

Behandlung: weise Präcipitatsalbe. Zum Abwaschen derselben Heine's centrifugierte Kinderseife.

Am 13. I. 98. Patient stellt sich nach fünftägigem Gebrauch der Salbe vor. Das Jucken hat gänzlich nachgelassen. Die entzündlichen Erscheinungen sind geringer geworden. Einige ältere Schorfe haben sich abgestossen. Es ist somit eine entschiedene Besserung vorhanden, der beste Beweis, dass man in diesem Falle, abgesehen von dem ganzen Bilde, Syphilis ausschliessen kann. Leider gelang es mir nicht, den Kranken nochmals zu sehen, ebensowenig wie die 3 folgenden, die ebenfalls nach dem ersten Besuch nicht mehr erschienen.

Ein in der Localisation und Grösse der Efflorescenzen an die schweren Fälle von Pick, Boeck und Touton erinnernder Fall ist der folgende:

2. Richard Weniger, 18 Jahre alt. Eltern, Geschwister leben und sind gesund. Er selbst will immer gesund gewesen sein, sich auch jetzt bis auf die gleich zu nennenden Erscheinungen durchaus wohl fühlen. Er giebt an, dass er weder stark trinke noch stark rauche, dass er unter guten Lebensbedingungen stehe. Im Oktober 1897 entwickelte sich unter Jucken und Brennen ein Ausschlag, der von der Stirn ausgehend auf Nacken und Rücken bis zum Oberarm übergriff, sodass er wegen der immer heftiger werdenden Erscheinungen die Poliklinik aufsuchte.

Mittelgrosser, mässig genährter Mann mit geringem Fettpolster und blasser Gesichtsfarbe. An den Organen, dem Urin, der unteren Rumpfhälfte nichts krankhaftes. Auf der Stirn, dem behaarten Kopf, dem Nacken und dem oberen Teil des Rückens bis ca. zur unteren Grenze der Schulterblätter zieht sich ein Ausschlag, der die verschiedensten Entwickelungsstadien neben einander zeigt. Neben einer Menge kleiner und grösserer dunkelroter, stecknadelknopf-, linsen-, ja halb erbsengrosser derber Knötchen, die zum grossen Teil an den Spitzen einzusinken und sich mehr braunrot zu färben beginnen, zeigen sich eine Reihe von kreisrunden, braunschwarzen, ca. linsen- bis kleinzwanzigpfennigstückgrossen Schorfen, die zum grössten Teil von einem schmalen dunkelroten Wall umgeben sind und grösstenteils unter das Niveau der normalen Haut gesunken sind. Zwischen diesen Effloreszenzen und Schorfen zeigen sich an einzelnen Stellen im Gesicht, besonders zahlreich jedoch auf dem Nacken und Rücken die pockenartigen Narben, die unregelmässig rundlich, linsen- bis kleinfingerkuppengross sich dem Auge zeigen. Die ganzen Erscheinungen waren in diesem Falle ausserordentlich deutlich ausgeprägt.

Der 3. und 4. Fall ist wenig typisch. Ich will von beiden nur die Erscheinungen anführen, anamnestisch liess sich bei Beiden nichts Besonderes constatieren. Die Erscheinungen auf Stirn und Schläfen localisiert sind nicht sehr typisch, wenn sich auch hin und wieder die eigentümlichen Narben und Schorfe sowie hin und wieder die Delle auf der Spitze einiger Knötchen finden. In Farbe, Form, Grösse, Consistenz sind sie entschieden als Knötchen der Acne varioliformis anzusprechen.

5. Karl Kuessner, 74 Jahre alt. Eltern und Geschwister sind 80 bis 90 Jahre alt geworden und bis zu ihrem Tode ge-

sund gewesen. Er selbst hat bis vor 5 Jahren keinerlei Krankheiten durchgemacht und 2 gesunde Söhne. Er war, solange seine Einnahmen es erlaubten, starker Raucher und bevorzugte bei seiner Ernährung starkgewürzte Speisen. Getrunken hat er nie. Seinen Beruf, den eines Maurers, hat er längere Zeit nicht mehr ausüben können und lebte daher in sehr dürftigen Verhältnissen.

Vor 5 Jahren, also 93, ist er im hiesigen jüdischen Krankenhause an einer eitrigen Entzündung — wie jetzt gefunden an einer aktinomyotischen Eiterung — in der Gegend zwischen rechter Spina anterior superior ossis ischii und unterem rechten Rippenrand operiert und bald darauf im hiesigen Hedwigskrankenhaus an einer solchen unter der rechten Achselhöhle, deren Operationswunden noch nicht ganz geschlossen sind.

Pfingsten 1897 stellte sich unter Jucken ein aus Knötchen bestehender Ausschlag auf der Stirn ein, der sich langsam über den ganzen Kopf verbreitete. Da ihn das Jucken sehr belästigte und Waschen und Kämmen schmerzte, kam er am 28. März 1898 in die Poliklinik.

Übermittelgrosser, kräftig gebauter, magerer alter Mann. Organe gesund. Im Urin nichts abnormes, kein Zucker. Auf der rechten Seite über dem Darmbeinkamm eine ca. 5 cm lange Operationsnarbe, eine zweite 2 cm lange am Rippenbogen, ca. 4 cm vom Processus xiphoïdeus sterni entfernt. In der Gegend der 4. und 5. Rippe auf, vor und hinter der Axillarlinie ist die Haut handtellergross intensiv gerötet. Inmitten dieser Rötung sind deutlich 2 Operationsnarben wahrzunehmen, an denen je 2 trichterförmige, $^1/_2$ cm breite Vertiefungen frischgeschlossene Fistelgänge andeuten. Die Stirn, der behaarte Kopf, das Gesicht bis etwa zur Höhe des Mundes ist bedeckt von kleinen miliaren, stecknadelkopf- oder hanfkorngrossen, derben, dunkelroten Knötchen. Zwischen diesen lassen sich in weit geringerer Anzahl die schon bei den früheren Fällen erwähnten, tiefliegenden, braunroten mit rotem, schmalem, derbem Wall umrandeten, unter das Niveau der normalen Haut gesunkenen Schorfe von ca. Linsengrösse, und nur sehr spärlich einige kleine hanfkorngrosse, flache, schüsselförmige Narben bemerken. Auf der Nase sind diese Narben zahlreicher. Hin und wieder finden sich Comedonen von beträchtlicher Grösse, 2 besonders grosse sitzen

auf der Nasenspitze. Die Knötchen und Schorfe stehen in der Schläfengegend und auf den Wangen so dicht, dass die Haut in den lebhaft entzündlichen Prozess vielfach auf grössere Flächen hin total einbegriffen ist und sich so grosse hochrote Hautinseln, dicht mit Knötchen besät, dem Auge zeigen.

Am 31. März 1898. Schon nach der dritten Einreibung mit Präcipitalsalbe, die mit der vorher erwähnten Seife abgewaschen wird, nachdem sie die Nacht über gelegen, ist die Entzündung der zwischen den Knötchen liegenden afficierten Hautpartien total geschwunden. Auch die Knötchen zeigen nicht mehr die intensiv blaurote Färbung. An den Schläfen namentlich sind beiderseits zwei ca. fünfmarkstückgrosse Stellen gänzlich frei. An den Wangen sieht man nur noch leichte Erhebungen, keine deutlichen Knötchen und keine Schorfe mehr, nur dem Sitze der früher vorhandenen Eruption entsprechend intensiv rotgefärbte hanfkorngrosse Pünktchen auf der Haut. Auf der Kopfschwarte, auf Stirn und Nase sind die Schorfe noch sehr zahlreich, keiner jedoch über hanfkorngross. Eine Reihe kleiner schüsselförmiger Defekte zeigt durch lebhafte Rötung des Grundes das frische Abfallen von Schorfen an.

In diesem Falle sind entschieden die entzündlichen Erscheinungen vorherrschend und der ganze Fall entspricht dem Bilde der von Hebra so benannten Acne varioliformis, während der zweite Fall mehr schon dem von Boeck, Pick und Touton als Acne necrotica beschriebenen sich nähert.

In keinem dieser Fälle liessen sich die kleinen staubförmigen Hämorrhagieen erkennen, die Boeck für so ausserordentlich beweisend hält. Diese Blutungen fanden sich jedoch auch in dem von Bronson veröffentlichten, und von Fordyce mikroskopisch untersuchten Fall von Acne varioliformis auf den Extremitäten nicht, ebenso fehlten sie bei den von Pick beschriebenen Fällen. Jedenfalls treten sie nur auf oder werden sichtbar, wenn entweder sehr schwer entzündliche Erscheinungen vorliegen, und in grösseren Knötchen, oder wenn es sich, wie Touton meint, um die Einwirkung einer grossen Masse von Mikroorganismen handelt, wie in seinem und dem von Boeck veröffentlichten Falle. Die Behandlung der von mir angeführten Fälle geschah mit weisser Präcipitalsalbe, die des Abends auf die erkrankten Stellen aufgetragen, morgens mit einer reizlosen Seife (und

zwar wurde Heine's centrifugierte Kinderseife angewandt) abgewaschen wurde.

Das Recept lautet:

Hydrargyr. praecipitat alb. 1,0
Vaselin. flav. 10,0

eine andere Verordnung:

Recoroin,
Acid. boric. āā 7,0
Vaselin. flav. 10,0

Obwohl es mir nicht möglich war, einen Fall bis zur Heilung zu beobachten, ist das Resultat der genannten Behandlungsweise ein so gutes in allen Fällen gewesen, dass anzunehmen ist, dass auch diese in einem Zeitraum von ca. 4 Wochen hätten hergestellt werden können, falls sie weiter in Behandlung gewesen wären. Im allgemeinen kann man sagen, dass eine Heilung um so leichter und schneller zu bewerkstelligen ist, je frischere Fälle man bekommt. Allerdings ist keiner der Geheilten vor Recidiven sicher.

Lebenslauf.

Ich, Ignatz Ernst Karlewski, katholischer Religion, wurde als Sohn des Kreisrichters August Karlewski und seiner Ehefrau Elise, geb. Tollkiemitt, zu Schlochau, Kreis Schlochau, Provinz Westpreussen, am 23. Oktober 1876 geboren.

Die Gymnasialbildung erhielt ich zu Lebzeiten meines Vaters bei dessen Versetzungen auf den Gymnasien zu Marienwerder und Graudenz, nach seinem am 19. Dezember 1884 erfolgten Tode auf dem Domgymnasium zu Naumburg a. S. und dem Gymnasium zu Konitz, woselbst ich Ostern 1891 mein Abiturientenexamen bestand.

Nachdem ich vom 1. April bis zum 1. Oktober 1891 das erste Halbjahr beim 3. Garde-Grenadier-Regiment „Königin Elisabeth" abgedient hatte, widmete ich mich dem Studium der Medizin an der Universität Berlin bis zum Ende des Sommersemesters 1896.

Am 5. November 1894 beendete ich daselbst nach meiner Mutter Tode, der am 27. Oktober 1893 erfolgt war, das Tentamen physicum mit dem Gesamtprädikat „Gut" und am 15. Juni 1897 das medicinische Staatsexamen mit demselben Prädikat.

Darauf diente ich vom 1. Juli 1897 bis zum 31. Dezember desselben Jahres beim Eisenbahn-Regiment No. 3 mein zweites Halbjahr als einjährig-freiwilliger Arzt und erledigte meine erste sechswöchentliche Uebung behufs Darlegung der Befähigung zur Beförderung zum Assistenzarzt II. Klasse vom 5. Februar bis zum 18. März 1898 beim Husaren-Regiment von Zieten (Brandenburg.) No. 3 in Rathenow.

Während meines Studiums besuchte ich die Vorlesungen, Curse und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten:

Waldeyer, von Hofmann, Schulze, Tiemann, du Bois-Reymond, Kundt, Hertwig, Klemperer, Goldscheider, Sonnenburg, Senator, von Bergmann, Rubner, Winter, Virchow, Olshausen, Langerhans, Liebreich.

Während der Monate Januar, Februar, März und einem Teil des April fertigte ich meine Doktorarbeit an und spreche an dieser Stelle Herrn Dr. Joseph, dem ich die Anregung und das Material zu der Arbeit danke, sowie den vorgenannten hochverehrten Herren Lehrern meinen aufrichtigsten Dank aus.

Ignatz Karlewski,
prakt. Arzt
z. Z. Naumburg a. S., Burgstr. 19, bei Frau Rätin Sethe.
(Berlin NW., Bandelstr. 19, II l.)